

CE QU'IL FAUT RETENIR

➤ **L'Institut national du cancer (INCa) a mis en place un groupe de travail pour évaluer l'impact du parcours de soins sur un éventuel retard au diagnostic du mélanome cutané.**

- concernant les mélanomes cutanés épais au moment de leur exérèse, la valeur de l'indice de Breslow est davantage corrélée à la cinétique de croissance du mélanome (mélanome dit à croissance rapide) qu'au cumul des retards au diagnostic liés au patient et/ou au médecin;
- les dermatologues n'ont pas accès à l'ensemble de la population à risque, soit du fait d'une répartition inhomogène des dermatologues sur le territoire national, soit du fait que certaines populations à risque comme par exemple les personnes âgées consultent en première intention leur médecin traitant;
- les médecins de premier recours, sous réserve d'une formation complémentaire, concourent à l'identification des patients à risque de mélanome, et améliorent leur pertinence en ce qui concerne l'identification des lésions mélanocytaires suspectes.

➤ **La HAS préconise :**

- **d'identifier les populations à risque** pour bénéficier d'une **surveillance régulière** auprès du dermatologue.
- **que l'identification des patients** à risque peut être faite **par les médecins généralistes**, qui sont des médecins de premier secours
- l'information des médecins généralistes et de la population sur les facteurs de risque est un **élément clé de la stratégie de diagnostic précoce.**

➤ **Particularités en Martinique**

Le mélanome en Martinique présente des singularités liées au phototype élevé de la population (peaux mates à très foncées).



**Localisation : la plante des pieds : chez les patients au phototype foncé
le tronc : pour les patients au phototype clair**

Retard de diagnostique plus important chez les patients à peau foncée, surtout ♂
Le dépistage du mélanome est un acte non invasif, indolore et rapide. Il s'adresse en priorité aux patients présentant des facteurs de risque les plus importants : phototypes clairs et exposition solaire importante dans le cadre du travail et/ou des loisirs, mais aussi à tous les patients présentant des taches foncées plantaires d'apparition récente. Il permet de raccourcir le délai de prise en charge en cabinet de dermatologie, et de découvrir des lésions peu avancées donc accessibles à un traitement.

LES LIEUX DE DÉPISTAGE

Capitainerie du Marin
Boulevard Allegre
97280 LE MARIN
0596 74 83 83

Dispensaire Vernes
13, route de la Folie
97200 FORT DE FRANCE
0596 60 36 87

Centre PMI
2 rue Schoelcher
97220 LA TRINITÉ
0596 58 12 18

Facteurs de retard au diagnostic

➤ **Liés au patient**

- **apparence de non-évolutivité de la lésion**
- **absence de signes généraux**
- **absence de douleur**
- **négligence**
- **peur du résultat**
- **information insuffisante**
- **manque de temps**

➤ **Liés au médecin généraliste**

Les données de la littérature montrent que la formation des médecins généralistes est suivie par une augmentation du nombre de mélanomes identifiés et par une diminution de leur épaisseur (indice de Breslow). Cependant comme pour toutes les formations elle nécessite d'être répétée à intervalle régulier pour maintenir son efficacité.



Les médecins généralistes déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau mais estiment que cette connaissance est améliorable et sont demandeurs d'une formation complémentaire sur cette thématique.

➤ **Concernant leurs pratiques :**

- les médecins généralistes orientent de manière quasi systématique leur patient chez le dermatologue en cas de détection de lésion cutanée suspecte;
- le parcours de soins n'a ni modifié leur pratique ni ajouté une charge de travail inutile, et ils estiment qu'il ne retarde pas le diagnostic du mélanome cutané;
- ils examinent le revêtement cutané de leurs patients mais ne les déshabillent pas systématiquement complètement, notamment en cas de consultation pour un autre motif qu'un problème dermatologique;
- ils connaissent les critères d'identification d'une lésion suspectée d'être un mélanome cutané mais pas leur hiérarchisation;
- ils ne maîtrisent pas l'ensemble des facteurs de risque, ce qui peut être à l'origine de la non-identification des patients à risque de mélanome cutané.

Les données de l'enquête de pratique ne remettent pas en cause les conclusions du rapport HAS 2006 qui préconisait de renforcer la formation des médecins au diagnostic précoce, à la sémiologie des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque.

➤ **Liés au dermatologue**

Les dermatologues ont une compétence dans le dépistage du mélanome cutané corrélée à leur formation spécifique et à leur expérience pratique. Ils disposent d'un outil performant, **la dermoscopie**, qui, sous réserve d'une formation à la sémiologie des images dermoscopiques de mélanome cutané, augmente la performance diagnostique. **La dermoscopie a une sensibilité et une spécificité plus élevée que l'examen cutané à l'œil nu.**

L'ensemble des dermatologues interrogés dans le cadre d'une enquête pilotée par le SNDV a déclaré être en capacité de recevoir dans un délai de moins de 3 semaines un patient ayant une lésion suspectée d'être un mélanome cutané.

À noter

Deux éléments peuvent limiter l'accès au dermatologue :

- les disparités démographiques de ces spécialistes sur le territoire national
- les dépassements d'honoraires qui peuvent être un frein à l'accès à ce type de consultation

➤ **Liés au type de mélanome cutané**

➤ **les mélanomes cutanés à croissance rapide auraient des caractéristiques de développement différentes des mélanomes à croissance plus lente comme le mélanome SSM - Spreading superficial melanoma - (notamment description clinique et typologie de la population) :**

- de type nodulaire (symétrique, surélevé, achromique et à bord régulier) ;
- découverts à un stade tardif (indice de Breslow > 3 mm), ayant un index mitotique élevé, ou présentant des ulcérations;
- préférentiellement observés chez les hommes, les personnes âgées (> 65 ans), les patients ayant un petit nombre de nævus, les patients ayant peu d'éphélides;
- associés à un taux de survie à 5 ans plus bas.

Si cette hypothèse était confirmée par d'autres études, notamment randomisées, cela nécessiterait de définir la population à risque de mélanome à croissance rapide afin de pouvoir identifier le plus précocement possible dans son développement ce type de mélanome cutané.

JEUDI
26
MAI 2016
—
JOURNÉE
NATIONALE

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES Cancers de la peau

Organisé par le Syndicat National des Dermatologues et Vénérologues

LES LIEUX DE DÉPISTAGE

Capitainerie du Marin
Boulevard Allegre
97280 LE MARIN
0596 74 83 83

Dispensaire Vernes
13, route de la Folie
97200 FORT DE FRANCE
0596 60 36 87

Centre PMI
2 rue Schoelcher
97220 LA TRINITÉ
0596 58 12 18

MÉLANOME DAY
Dépistage anonyme et gratuit
0806 80 2016
www.dermatos.fr



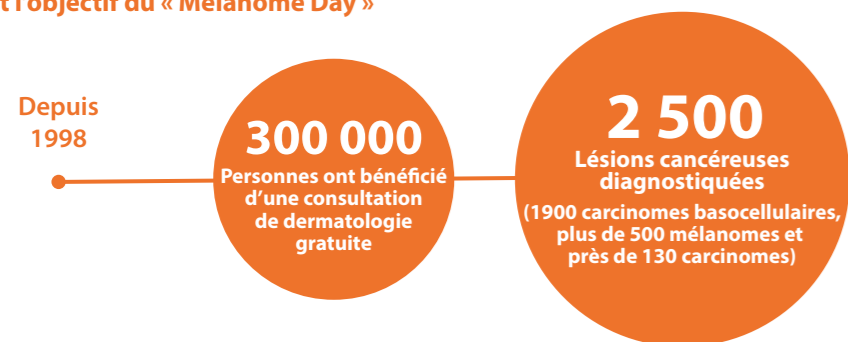
UNION
RÉGIONALE
DES MÉDECINS
LIBÉRAUX

CONSTRUIRE
L'AVENIR
DE LA MÉDECINE
LIBÉRALE
POUR UNE
MEILLEURE SANTÉ
EN MARTINIQUE

La journée nationale annuelle de prévention et de dépistage gratuit des cancers de la peau est organisée par le Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV) depuis 1998 avec le soutien de l'Institut national du cancer et a lieu cette année le jeudi 26 mai 2016.

Les dermatologues impliqués encouragent les médecins libéraux et en particulier les généralistes de la Martinique à proposer à leurs patients à risque, de se faire dépister dans l'un des 3 centres ouverts le 26 mai. Cette action permettra de réduire les délais d'attente, et de toucher les patients réticents à consulter pour des raisons économiques.

Prévenir et détecter plus tôt les cancers de la peau : c'est l'objectif du « Melanome Day »



L'objectif de l'édition 2016,

est de dépister, d'alerter et aussi de sensibiliser en priorité les publics les plus à risque, par leur expositions aux rayonnements UV :

- les agriculteurs
- le personnel des BTP
- les marins
- les personnes exerçant une activité en plein air

LA JOURNÉE NATIONALE DU 26 MAI 2016 (Coordonnées des lieux de dépistage au dos du dépliant)

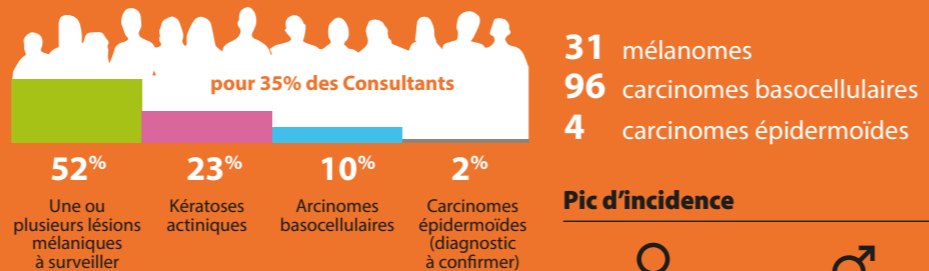
En Martinique, cette journée de dépistage permet de diagnostiquer de nombreux cancers cutanés et de délivrer un message de prévention à la populations à risque. Il aura lieu comme chaque année à la Capitainerie du Marin et au Dispensaire Vernes à Fort de France, mais aussi cette année pour la première fois à la PMI de Trinité pour toucher la population du Nord Atlantique. Le **dépistage est anonyme et gratuit**, et ne se substitue pas à une consultation de dermatologie et ne donne pas lieu à une délivrance d'ordonnance.

RETOUR D'EXPÉRIENCE : LA JOURNÉE NATIONALE 2015



Lors de cette journée :

► Parmi les consultants, 56 % voulaient montrer leurs grains de beauté et 20 % pensaient avoir une lésion suspecte – diagnostic qui s'est confirmé pour 60 % d'entre eux.



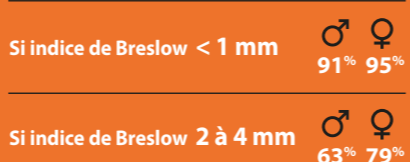
Le mélanome cutané est observé dans toutes les catégories d'âge.

Sa détection précoce est la meilleure chance de guérison, en intervenant avant la phase d'extension métastatique. Seul le diagnostic de mélanome cutané in situ (stade précoce du mélanome cutané) et de mélanome cutané de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre d'en diminuer la mortalité.

Pic d'incidence



Taux de survie à 5 ans



Dépistage du mélanome cutané

► En 2006, l'HAS estimait que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé :

- absence de lésion précancéreuse identifiable (on ne peut connaître le stade de gravité du mélanome cutané sur le seul aspect clinique/il n'existe aucune corrélation entre le diamètre du mélanome cutané et son stade de gravité);
- données épidémiologiques incomplètes et suggérant que la prévalence du mélanome cutané est faible par comparaison à d'autres cancers pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place ou est envisagé (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal);
- modélisation de l'efficacité et du rapport coût/efficacité impossible à construire du fait des nombreuses données manquantes.

Une recommandation néo-zélandaise publiée en 2008 a conclu que le dépistage du mélanome cutané ne diminuait pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané et à la non-pertinence de son dépistage en population générale. En 2010, aucun pays n'a mis en œuvre de dépistage de mélanome cutané en dehors de l'Allemagne où un dépistage opportuniste des cancers cutanés, dont le mélanome cutané, a été mis en place sur l'ensemble du territoire national en 2008.

► En 2006, l'HAS, pour optimiser la stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané, identifiait comme acteurs de cette stratégie, les intervenants suivants :

- le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme sujet à risque de mélanome cutané;
- le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui identifie une lésion suspecte à l'occasion d'une consultation;
- le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané;
- le pathologiste qui confirme ou non le diagnostic de mélanome cutané.

► Mise en œuvre d'un parcours de soins avec identification des populations à risque, pour une surveillance régulière chez un dermatologue. Ces recommandations sont toujours d'actualité.

Identification des populations à risque

► Ayant un phototype cutané de type I ou II :

- une peau claire, des cheveux roux ou blonds, des yeux de couleur claire, des éphélides, de nombreux grains de beauté (nombre > 40), des nævus atypiques, un nævus congénital géant (de diamètre > 20 mm);

► Ayant eu des coups de soleil, quel que soit l'âge auquel ils sont survenus, ou ayant été soumis aux UV artificiels (notamment avant l'âge de 35 ans)

► Ayant des dommages actiniques ou des antécédents personnels ou familiaux de mélanome cutané

Le seul facteur de risque sur lequel une action est possible, est la sensibilisation de la population à la protection à l'exposition solaire ou aux UV artificiels. Hélas aucune action n'est possible sur les caractéristiques phototypes ou les facteurs génétiques, qui ont le risque le plus élevé de développer des mélanomes cutanés.

Impact de l'information de la population sur le risque solaire

La faible reproductibilité de l'auto-évaluation par questionnaire des facteurs de risque de mélanome cutané entre le patient et le dermatologue, confirme la méconnaissance des facteurs de risque de mélanome cutané par la population.

Il est donc urgent d'élaborer des stratégies d'information et d'éducation de la population à la reconnaissance des lésions suspectes et à la prévention du risque solaire.



Mélanome cutané